FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 109

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

CANCER DE L'UTÉRUS

et sur son traitement par le violet et le bleu de méthylène d'après la méthode du professeur Mosetig-Moorhof de Vienne.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1895

PAR

Pierre-Ambroise PORTES

Né à Urdos (Basses-Pyrénées), le 18 novembre 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT,	professeur,	*président.*
FERRÉ,	professeur,	*juges.*
AUCHÉ,	agrégé,	
VILLAR,	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE V^e CADORET
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE **1894-95** N° 109

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

CANCER DE L'UTÉRUS

et sur son traitement par le violet et le bleu de méthylène d'après la méthode du professeur Mosetig-Moorhof de Vienne.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1895

PAR

Pierre-Ambroise PORTES

Né à Urdos (Basses-Pyrénées), le 18 novembre 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT,	professeur,	*président.*
FERRÉ,	professeur,	*juges.*
AUCHÉ,	agrégé,	
VILLAR,	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE Ve CADORET
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. N. | Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan.	DUBREUILH.	Pathologie externe	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie	DENIGÈS.
		Zoologie	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
ET DE MA SŒUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A TOUS MES PARENTS

A MON COMPATRIOTE ET AMI LOUIS BARTHOU

Député des Basses-Pyrénées.

A MON EXCELLENT AMI LE DOCTEUR CANNIEU

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux

A MON EXCELLENT AMI LE DOCTEUR SEGUIN

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur M. LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie de Bordeaux.

A Monsieur le Docteur PITRES

Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Professeur de Clinique médicale, Chevalier de la Légion d'honneur,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Biologie.

A mon compatriote le Docteur de NABIAS

Professeur de Matière médicale à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.
Officier de l'Instruction publique.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

CANCER DE L'UTÉRUS

Et son traitement par le violet et le bleu de méthylène

D'après la méthode du professeur Mosetig-Moorhof, de Vienne

INTRODUCTION

Avant de commencer notre travail inaugural, qu'il nous soit permis de remercier ici MM. les professeurs Lanelongue et Pitres pour leur haut enseignement et pour la grande bienveillance qu'ils ont toujours témoignée à notre égard.

Que M. le professeur Picot, qui a été aussi notre maître dans les hôpitaux, reçoive ici l'expression de toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous devons exprimer le regret de n'avoir pu réunir un plus grand nombre d'observations, et nous contenter, au cours

de notre étude sur le cancer utérin, d'attirer l'attention sur certains points encore non complètement admis par tous les gynécologues, nous réservant ensuite d'exposer rapidement la méthode générale de Mosetig et celle dont nous nous sommes servi nous-même pour le traitement du cancer utérin inopérable.

« Le cancer de l'utérus est le plus commun
» des cancers observés chez la femme ; il
» constitue un tiers du nombre total des cas ».

(Schrœder).

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Les causes de cette terrible affection sont encore inconnues. On a, sans grandes preuves du reste, incriminé l'hérédité, les grossesses répétées, les différentes inflammations et affections utérines.

Avec Emmet, nous ferons cependant une exception pour les déchirures du col qui, dans nombre de cas, ont joué tout au moins le rôle de causes prédisposantes.

Dans son article sur *La mamelle* du Dr Pierre Delbet, dans les deux importantes publications de « Soudakewitch » et de « Ruffer », la nature parasitaire des cancers en général et particulièrement la grosse question des coccidies, semble indiquée. Nous ferons remarquer cependant que, dans ces travaux, il n'y a pas un seul cas de cancer de l'utérus.

A vrai dire, cela ne pourrait guère être incriminé, car si l'origine psorospermique était manifeste pour un cancer quelconque, on pourrait presque la considérer comme démontrée pour les autres.

Mais la discussion n'est pas près d'être close; la morphologie de ces corps n'est pas encore suffisamment connue. D'après ces différents travaux, bien que la nature coccidienne soit probable, elle n'est pas démontrée.

Enfin la nature pathogène de ces différents éléments n'a jamais été prouvée.

Nous avons commencé, en citant une phrase de Schrœder, indiquant suffisamment la fréquence du cancer de l'utérus.

Mais cette affection a un lieu d'élection; le cancer du col est plus fréquent que celui du corps de l'organe.

Au point de vue du pronostic, il serait utile de connaître la fréquence du cancer du col né sur la portion vaginale et du *cancer* dont le point de départ est *dans* le canal cervical. Cliniquement, en effet, ces néoplasmes évoluent différemment. L'épithélioma de la portion vaginale est plus volumineux (c'est le chou-fleur classique) mais, par contre, il se généralise moins vite. Les ganglions iliaques se prennent plus tardivement, la récidive après l'opération est moins fréquente.

L'épithélioma dont le point de départ est situé dans le canal cervical est plus difficile à reconnaître, au début du moins; il est en quelque sorte moins *volumineux* (le chou-fleur n'est pas aussi net et peut même manquer); mais sa généralisation, l'engorgement des ganglions iliaques, la récidive après l'hystérectomie partielle ou totale sont de règle. Ce sont là des faits sur lesquels M. le professeur Lanelongue de Bordeaux a particulièrement attiré l'attention dans une de ses cliniques de 1894. On comprend donc aisément combien il serait utile d'être renseigné sur la fréquence relative de l'épithélioma de la portion vaginale et de l'épithélioma de la portion cervicale.

Mais on se heurte là à une haute difficulté; cette division, admise par nombre de cliniciens, admise par le professeur Lanelongue, ne l'est pas par tous les gynécologues.

Nous admettons les chiffres donnés par « Saurenhaus ». Sur 50 cancers utérins il a trouvé 31 carcinomes du canal cervical et 19 de la portion vaginale.

Le cancer de l'utérus est une affection de l'âge mûr. Il se développe entre 40 et 50 ans.

On peut même être encore plus précis et l'âge guide parfois dans une certaine mesure, pour savoir si l'on a affaire à un épithélioma du *col* (de la portion vaginale, ou de la portion cervicale), ou à un épithélioma du corps de l'utérus.

Le cancer du corps de l'utérus est particulièrement fréquent de 45 à 60 (Pichot, thèse de Paris).

Le cancer de l'utérus, indépendamment de son siège, est rarement observé avant la puberté ; c'est là pour ainsi dire une règle suivie par tous les cancers des organes génitaux.

Le cas de Laidley (*Saint-Louis cour. of med.*, juillet 1891), observant un cancer des organes génitaux internes chez une petite fille de deux ans et demi, est connu.

Chez les négresses, où l'on trouve si fréquemment les fibromyomes, on rencontre bien moins souvent que chez les blanches le cancer de l'utérus. Les gynécologues des Etats-Unis sont unanimes sur ce point.

Sans vouloir revenir sur les causes si mal connues du cancer utérin, disons que le cancer du col est plus fréquent chez les multipares ; le cancer du corps se rencontre plus souvent chez les femmes stériles. Cela ressort des travaux de « Schrœder » et d' « Hofmeier ».

On a prétendu encore que la blennorrhagie constituait une prédisposition au cancer ; mais alors comment expliquer la rareté du cancer utérin chez les femmes prostituées ?

On a encore incriminé la syphilis non pas en tant que maladie spécifique, mais grâce aux *cicatrices* et aux ulcères qu'elle

provoque. Fenwick, Parson, Spanton (*British gyn. journal,* London, mai 1891).

Nous l'avon dit, toutes ces différentes causes n'ont qu'une valeur relative et la cause directe des cancers en général et du cancer de l'utérus en particulier est encore à trouver, malgré d'actives recherches contemporaines faites dans ce sens.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cancer du corps de l'utérus et cancer du col, telle est la division classique au point de vue de la clinique. Si l'on veut s'en tenir à l'anatomie pathologique pure, cette division est mauvaise, attendu que sous le champ du microscope, certains cancers du col ressemblent fort aux cancers du corps et que, d'autre part, certains cancers du col présentent entre eux une différence considérable dans leurs éléments constituants.

Cependant, nous devons nous conformer à l'usage et garder la division classique : cancer du col de l'utérus et cancer du corps de l'organe.

On ne peut étudier, au point de vue de l'anatomie pathologique, le cancer du col sans établir au préalable une division nécessaire. En Allemagne, avec Ruge, Veit, Schrœder, A. Martin, on a l'habitude de diviser le cancer du col en trois variétés : cancroïde de la portion vaginale, carcinome de la muqueuse cervicale, carcinome du col.

Qu'il nous soit permis d'adopter, avec John Williams (*On cancer of the uterus*, Londres, 1888), une division à la fois plus simple et plus conforme aux faits observés sous le microscope. Nous voulons parler de la division déjà indiquée par nous au commencement de ce travail : épithéliome de la portion vaginale, épithéliome dn canal cervical. Les éléments constituant ces deux variétés sont en effet très différents au point de vue morphologique. Sur une coupe d'épithéliome de

la portion vaginale, nous trouverons en effet des cellules pavimenteuses : sur une coupe d'épithéliome du canal cervical, nous verrons des cellules nettement cylindriques. L'explication de cette différence nous est donnée par l'histologie.

Epithéliome de la portion vaginale. — La muqueuse vaginale arrivée au fond du vagin se retourne sur elle-même et vient envelopper le col de l'utérus à la façon d'un doigt de gant, de sorte que toute cette portion du col étant embrassée par les valves du spéculum, lors d'un examen, on voit les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéraux en réalité tapissés par le prolongement de la muqueuse vaginale, c'est-à-dire par un épithélium pavimenteux stratifié.

Quoi d'étonnant, dès lors, que les cancers de cette région soient cliniquement et histologiquement analogues aux cancers du vagin ? Comme eux, ils ont la même structure, comme eux, ils s'étendent vers le tissu cellulaire pelvien, la vessie et le rectum.

Le point de départ peut se faire sur différents points du museau de tanche.

Il débute soit sur l'une des lèvres, soit au niveau de l'orifice externe, soit enfin dans les culs-de-sac du vagin. Et ici, il est bon de faire une remarque ; lorsque son point de départ est situé dans un cul-de-sac, c'est généralement le cul-de-sac postérieur qui est envahi le premier. La lésion s'étale alors, car c'est là un des caractères de ce que l'on a encore appelé la forme superficielle du cancer de l'utérus. Parfois toute la muqueuse externe du museau de tanche est intéressée ; d'autres fois une certaine partie du museau de tanche est respectée. On peut voir souvent une lèvre entière intacte et l'épithéliome se propageant aux culs-de-sac et à la muqueuse vaginale.

Si nous examinons, à ce moment, la muqueuse cervicale, nous voyons qu'elle n'est pas envahie : Sa structure, sa fonc-

tion sont différentes et longtemps elle demeure respectée. Est-ce à dire qu'elle se présente tout-à-fait saine ? Non sans doute. Les lésions inflammatoires y sont nombreuses. Nous savons bien que d'après les préparations « d'Abel » la muqueuse cervicale ne serait pas toujours aussi saine que le prétend l'école française. M. Pozzi s'est également servi de ces observations pour faire valoir à la Société de chirurgie la nécessité de l'hystérectomie totale. Cependant avec MM. Rüge, Veit en Allemagne, Terrier, Cornil, Brault, Poupinel, en France, qui n'ont pas observé de semblables lésions, nous pensons qu'il s'agit là simplement d'inflammations dont le diagnostic histologique est certainement parfois fort difficile.

Quand le néoplasme s'est propagé à la muqueuse de la cavité intra-cervicale, le chirurgien a déjà devant lui une complication beaucoup plus sérieuse. Le tissu conjonctif voisin est alors toujours envahi. Si on pratique le toucher, le doigt perçoit dans les culs-de-sac des noyaux indurés qui se prolongent parfois du côté des ligaments utéro-sacrés.

Tous les auteurs qui se sont occupés du cancer de l'utérus et Kœberlé en particulier ont mis en lumière l'évolution en surface de cette affection. Prenant naissance en général sur la partie vaginale du col au voisinage de l'orifice externe, peu à peu toute cette portion vaginale est envahie, mais irrégulièrement. La propagation se fait ensuite suivant deux modes. Le cancer gagne les organes qui sont en continuité anatomique avec le col utérin : vagin, vaisseaux et tissu conjonctif des ligaments larges ; il envahit également les organes immédiatement voisins ; la vessie en haut et en avant, la cavité péritonéale en arrière.

On peut dire cliniquement que la vessie est un des organes le plus rapidement atteints.

Le tissu conjonctif situé entre le col utérin et la vessie est

en effet rapidement infiltré. L'épaisseur de la paroi du col et de ce tissu conjonctif ne dépasse guère 2 cent. à 2 cent. et demi; aussi la vessie est-elle toujours envahie, alors que l'affection a dépassé les limites du col et atteint la partie moyenne de l'organe située elle à 4 cent. et demi de l'orifice externe, c'est-à-dire du point de départ du néoplasme.

Jusqu'à quel moment le fond de l'organe reste-t-il sain?

Le fond de l'utérus est respecté tant que les ligaments larges ne sont pas envahis, tant que les lymphatiques, ces véritables voies de propagation, ne sont pas nettement envahis eux-mêmes.

Ainsi donc, nous admettrons l'opinion de l'Ecole allemande avec Schrœder et Martin. Le cancer de l'utérus, dans son développement, se propage très peu vers les parties profondes du col et du corps.

Il s'étale en surface et gagne les parois vaginales. L'anatomie, à ce propos, nous fournit une explication.

Nous venons d'insister sur la tendance du cancer utérin à se propager vers le tissu cellulaire, constitué d'éléments moins nettement différenciés et par cela même plus aptes à se laisser envahir par les néoplasmes. L'anatomie nous apprend que le vagin est, en quelque sorte, doublé par un manchon de tissu conjonctif; c'est ce qui explique la marche du cancer du col qui, obéissant en cela à la loi générale, envahit ce tissu.

Les partisans de l'hystérectomie totale peuvent sans doute nous taxer de partialité; aussi nous appuierons-nous sur l'opinion de M. Martin, qui est un partisan non douteux de l'hystérectomie totale.

C'est pourquoi nous considèrerons son témoignage comme ayant une grande valeur dans la circonstance.

« Le néoplasme se propage très souvent au vagin; il envahit » toute la portion vaginale et va détruire toute la paroi du

» conduit sur une plus ou moins grande étendue. J'ai observé » très fréquemment dans les formes fort avancées un phéno- » mène des plus graves, je veux parler de la propagation du » carcinome au tissu paravaginal et surtout à la partie para- » cervicale du plancher pelvien et aux régions sous-péritonéales. » Quant à l'utérus, on le trouve au niveau des culs-de-sac du » vagin embrassé complètement par les végétations néoplasi- » ques sans qu'il souffre lui-même le moins du monde dans le » commencement ».

Enfin nous trouvons dans la thèse de M. Barraud des renseignements plus précis encore. Il s'agit d'une observation de M. Clado après examen d'un col enlevé par M. Verneuil au moyen de l'écraseur linéaire.

« J'ai, dit M. Clado, examiné avec attention les confins des » régions saines, c'est à-dire les points où la section a porté. » Partout j'ai constaté, malgré l'écrasement, un tissu de struc- » ture normale. J'ai pu reconnaître en effet les fibres muscu- » laires du vagin et l'épithélium pavimenteux de la surface. En » haut, les fibres utérines étaient exemptes d'infiltration cellu- » laire et les glandes du col ne paraissaient pas en état de » prolifération. La structure histologique confirme l'examen » microscopique. La section, en effet, paraissait, à l'œil nu, » avoir intéressé les parties saines, à un demi-centimètre envi- » ron au-dessus des tissus dégénérés ».

Nous trouvons dans le même travail une observation qui nous paraît moins démonstrative.

La seconde observation, dit M. Barraud, nous a été remise par notre ami Ménétrier :

« Il s'agit d'une femme de trente ans, arrivée à la période de » cachexie cancéreuse et qui était atteinte d'un épithélioma du » col ayant détruit la lèvre postérieure, le cul-de-sac vaginal » postérieur, et remontant en arrière le long de la paroi cer-

» vico-utérine jusqu'au voisinage du fond de l'organe avec » envahissement du rectum et du tissu cellaire recto-utérin. » Or, la muqueuse cavitaire conservait un aspect normal et » l'examen histologique a confirmé cette intégrité apparente. » En considérant, écrit Ménétrier, un fragment pris au niveau » de la face postérieure de l'utérus, on trouve tout d'abord la » surface ulcérée formée d'une couche de cellules nécrosées » en voie d'élimination, puis des masses de cellules épithéliales » polymorphes à gros noyaux qui se continuent dans la pro- » fondeur, sous forme de boyaux, s'infiltrant entre les fibres » musculaires *jusqu'au voisinage de la cavité utérine dont la* » *muqueuse est saine* ».

Du reste, la clinique vient apporter son appui à l'anatomie pathologique. Si l'épithélioma de la portion externe du col ne demeurait pas longtemps superficiel, comment expliquer ces cas où la guérison persiste deux et trois ans? Et encore dans le cas de récidive, la cicatrice demeure-t-elle en général saine, après l'amputation sous-vaginale, La récidive se fait alors en général par les ganglions pelviens. Ce fragment d'utérus, disons plutôt la presque totalité de l'utérus, puisque une faible partie, le col seul, a été enlevée, demeure saine. Comment admettre de pareils faits, si le cancer du col avait infiltré les parois utérines?

Mais si la clinique et l'anatomie pathologique nous apprennent la *marche* ordinaire des différentes affections, elles nous apprennent également les exceptions qui malheureusement en médecine sont parfois aussi nombreuses que les règles; mais hâtons-nous de dire que ce n'est pas ici le cas. Dans la forme dont nous venons de nous occuper, l'envahissement en profondeur de l'épithélioma est l'exception. Cependant, on trouve dans la science des faits authentiques où cet envahissement a été noté. La muqueuse étant envahie, une opération partielle,

l'amputation intra-vaginale, devenait insuffisante. Ces faits doivent être connus, car dans la circonstance, un diagnostic incomplet peut avoir les plus graves conséquences pour la malade.

Nous avons vu qu'au point de vue histologique l'épithéliome de la portion vaginale est un épithéliome pavimenteux, épithéliome pavimenteux lobulé ou tubulé, analogue à ceux des lèvres ou de la langue.

Un détail bon à noter, c'est la tendance de ces épithéliomes à respecter les glandes de la muqueuse cervicale. Dans le traité de Duplay et Reclus, nous trouvons une figure nette dans laquelle un œuf de Naboth intact est entouré par le néoplasme.

On sait que les épithéliomes pavimenteux se développent en général suivant deux modes différents. Il en est de même pour l'épithéliome pavimenteux du col.

Tantôt on trouve au toucher une tumeur saillante, mamelonnée, bourgeonnante. Le doigt retire quelques parcelles de cette tumeur molle et friable. Le moindre attouchement suffit pour provoquer une perte de sang au niveau de cette tumeur vasculaire et saignante dont les ulcérations sont si fréquentes. *C'est là la forme papillaire.*

Si au contraire la tumeur se développe en profondeur, *c'est la forme interstitielle.*

Epithélioma du canal cervical. — Nous venons de voir en détail quel était l'aspect macroscopique et microscopique de l'épithéliome de la portion vaginale. Etudions maintenant, en suivant un plan analogue, l'épithéliome du canal cervical.

A l'examen d'une pièce au microscope, il présente l'aspect d'un épithéliome, non pas pavimenteux, mais cylindrique, dont le point de départ paraît être dans les glandes. Il serait peut-être téméraire de lui refuser absolument, comme origine,

l'épithélium de revêtement de la muqueuse. Cependant nous devons dire que jusqu'ici le fait n'a pas été nettement constaté.

Williams, Cornil, Delbet, qui ont eu l'occasion d'examiner ces épithéliomes au début, affirment nettement avoir trouvé sur leurs coupes microscopiques des cavités d'apparence nettement glandulaire. C'est l'adéno-carcinome des Allemands. Toutefois M. Cornil a attiré l'attention sur un fait important à connaître si l'on veut éviter une erreur. Dans cette variété d'épithéliome, si on rencontre des alvéoles remplies de cellules dont les plus périphériques présentent une forme nettement cylindrique, on en trouve d'autres, aussi, remplies de cellules polyédriques et qui pourraient être prises pour des cellules pavimenteuses.

Alors, au point de vue anatomo-pathologique, une erreur de diagnostic peut être commise et un épithéliome du canal cervical peut être confondu avec un épithéliome de la portion vaginale.

Williams attire encore l'attention sur ce fait : parfois les cellules épithéliales deviennent ovoïdes et perdent tout caractère morphologique bien déterminé. Voici alors la méthode employée pour arriver au diagnostic.

Avec un peu d'attention, il est possible de suivre, parfois même dans une même cavité glandulaire, toutes les transformations entre les cellules polymorphes et les grandes cellules cylindriques.

Enfin, nous ne devons pas passer sous silence la forme spéciale dont Suchard a observé des exemples.

Il s'agit là d'un épithélium diffus. Les cellules épithélioma-teuses, au lieu d'être « encerclées » par des lames de tissu conjonctif, sont répandues sans ordre au milieu des tissus. Si la tumeur est examinée avec un faible grossissement, on peut confondre avec le sarcome. Il y a alors un moyen, c'est de

prendre un objectif plus puissant, non pas pour reconnaître la distribution proprement dite des éléments constituant la tumeur, mais pour reconnaître la nature épithéliale des cellules.

Macroscopiquement, on peut reconnaître deux variétés bien distinctes. Tantôt, l'épithéliome cervical prend l'aspect de tumeurs saillantes, de polypes venant faire saillie au niveau de l'orifice interne. Tantôt, et c'est le cas le plus général, le tissu utérin est infiltré et prend une consistance ligneuse.

Il devient maintenant nécessaire d'établir le point de départ du néoplasme. Il prend naissance dans le canal cervical, soit; mais l'aspect que revêt la tumeur est différent, suivant qu'elle débute au voisinage de l'orifice externe ou bien plus haut, toujours dans ce même canal cervical. Si le néoplasme débute au voisinage de l'orifice externe, nous aurons alors un ectropion néoplasique. Les lèvres du col se renversent, l'ulcération survient. La tumeur se désagrège peu à peu et nous aurons bientôt là une excavation cratériforme dans laquelle on pourra engager le doigt.

Parfois même, à l'examen au spéculum, on peut trouver le col totalement détruit et à sa place une large excavation faisant communiquer sans transition la cavité vaginale avec la cavité utérine. Si l'épithéliome cervical prend, au contraire, son point de départ plus haut, il se forme petit à petit une perte de substance, une véritable petite caverne entourée d'une zone infiltrée et dure expliquant la consistance qu'elle donne au doigt quand on pratique le toucher.

A propos de l'épithéliome de la portion vaginale, nous avons à dessein insisté sur son mode d'extension.

Voyons maintenant la marche suivie par l'épithéliome cervical dans son mode d'envahissement. Si l'on s'en tient à l'opinion de Williams, il faut se garder d'omettre sa tendance à s'étendre vers le vagin.

Mais disons bien que c'est là un mode de propagation assez rare.

C'est vers l'utérus que la variété de néoplasme dont nous nous occupons a tendance à remonter.

Cet épithélioma, encore appelé cavitaire, prenant naissance dans la cavité même du col, dans cette partie normalement tapissée par un épithélium cylindrique peut passer longtemps inaperçu en raison même de son siège. On comprend aisément, en effet, que l'épithélioma de la portion vaginale soit plus facile à diagnostiquer. Nous disions que cette variété de cancer se caractérise par sa tendance à remonter vers la cavité de l'utérus en suivant la muqueuse et que la zone utérine située au-dessous de son point d'origine était respectée.

Le cancer de la portion vaginale se propage très tardivement au corps de l'utérus ; avant que celui-ci ne soit atteint, la vessie, le vagin, le rectum sont déjà fortement envahis ; nous avons suffisamment insisté sur ce fait. L'épithéliome cervical, au contraire, se généralise très vite au corps de l'utérus ; il s'y propage avec rapidité et peut arriver à détruire en grande partie la coque parenchymateuse. Aussi dans le cas où l'épithéliome cervical prend naissance loin de l'orifice externe, a-t-il déjà exercé des ravages considérables quand il vient faire saillie à l'extérieur.

On a affaire tantôt à la forme végétante, tantôt à la forme ulcéreuse. D'après Schrœder la forme végétante serait la plus fréquente.

« L'ulcération qu'il produit s'étend en profondeur, creuse » le tissu musculaire du col dont le canal se trouve trans- » formé en une cavité aux parois anfractueuses, s'étendant en » avant jusqu'à la vessie, en arrière jusqu'au péritoine, se » limitant sur les côtés par le tissu cellulaire para-utérin, » épaissi et infiltré ».

On peut rencontrer des papilles hypertrophiées en voie de transformation épithéliale (1). Elles se présentent sous forme de tumeurs blanchâtres, riziformes s'écrasant par la pression des doigts. Parfois ces végétations prennent un développement plus considérable et sont alors analogues à celles que l'on trouve par moments à la surface du museau de tanche.

Il peut même arriver, comme dans une observation de Barrault (2), que ces tumeurs restant enfermées dans la cavité cervicale puissent prêter à une erreur de diagnostic. Il existait une tumeur saignante, ulcérée, située dans l'intérieur du col, les parois ne semblaient pas atteintes au toucher, à ce point que l'on hésitait sur la nature « de ces productions polypiformes ».

D'autre part, elles peuvent venir faire saillie par l'orifice externe; on a là, comme des végétations polypiformes sphacélées. Inutile de dire que les différents traitements n'ont pas de prise sur elles, la base, leur point d'implantation étant situé plus haut échappe à toute action thérapeutique.

Nous citerons à ce propos la publication de M. Richet dans la *Gazette des hôpitaux* du 25 août 1885.

Une femme de 50 ans a des hémorrhagies très fréquentes, depuis quatre ans; l'orifice externe laisse passer une masse « frangée », irrégulière, assez dure au toucher, n'ayant pas d'odeur et surtout ne saignant pas au contact du doigt. Cette tumeur avait déjà été excisée sans résultat. M. Richet eut alors des doutes sur sa véritable nature.

Une durée de 4 ans, pas de cachexie, absence de mauvaise odeur, tout cela, il faut en convenir, ne plaidait pas en faveur

---

(1) Observation de Lancereaux.

(2) Thèse doctorat, Paris, 1889.

d'un épithélioma utérin. Néanmoins M. Richet fut amené à porter le diagnostic d'épithélioma de la région cervicale.

On le voit, il sera parfois indispensable, pour porter un diagnostic rigoureux et surtout pour porter un diagnostic exact de l'étendue de la lésion, de dilater prudemment le col afin d'y porter ensuite le doigt et de diagnostiquer en connaissance de cause.

Et ce diagnostic, au point de vue thérapeutique, est capital, du moins pendant toute la durée chirurgicale de la maladie. La manœuvre que nous venons d'indiquer pourra seule commander un simple curettage ou l'hystérectomie totale.

Cancers du corps de l'utérus. — « Les cancers du corps de » l'utérus, dit M. Delbet (1) dans son article du Traité de chi- » rurgie, ressemblent tout à fait à ceux de la cavité cervicale ; » ce sont des épithéliomes formés de tubes très larges, fré- » quemment anastomosés et séparés seulement par de très » minces travées conjonctives. Dans chaque tube, dont la » coupe a l'aspect d'un cercle, d'une alvéole, on voit plusieurs » couches de cellules superposées. La couche externe, celle » qui repose sur le tissu conjonctif ou bien directement sur le » tissu musculaire, est formée de longues cellules nettement » cylindriques.

» Les cellules des couches superposées deviennent polyé- » driques, irrégulières et perdent d'autant plus de leur carac- » tère primitif qu'elles se rapprochent davantage du centre de » la petité cavité. Le centre même est souvent formé d'une » sorte de liquide muqueux, contenant en suspension des » cellules chargées de granulations dont le noyau est atro- » phié. On ne peut voir ces derniers détails que sur les coupes » qui ont été incluses dans la paraffine ou dans la celluloï-

(1) Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

» dine. Sur les coupes simplement durcies par l'alcool, les » couches internes de cellules ont le plus souvent disparu, et » le centre des alvéoles est vide. Il en est toujours ainsi, » quelque précaution qu'on prenne, sur les pièces recueillies » dans les autopsies. Les coupes prennent alors des aspects » étranges qu'il serait difficile d'interpréter si l'on ignorait » cette particularité. C'est sur des pièces fraîches, enlevées » chirurgicalement, qu'il faut étudier ces néoplasmes ».

Dans un autre ordre d'idées, devons-nous considérer les adénomes comme des néoplasmes de l'utérus?

Cette question des adénomes, c'est-à-dire de ces proliférations abondantes d'éléments glandulaires, conservant leur type normal, est toujours embrouillée.

Est-ce un néoplasme, est-ce simplement une production inflammatoire? Nous ne pouvons pas insister ici; disons simplement que nous pensons que ces tumeurs, ces adénomes, doivent être rattachés aux métrites glandulaires.

Avouons que le microscope est souvent en défaut pour nous faire distinguer certains adénomes du véritable épithélioma.

« M. Cornil attache une grande importance au manque » d'adhésion des cellules à la paroi. Quand les cellules se » détachent de cette paroi, on aurait affaire à un épithélioma. » Je crois que cela est fort exagéré. Le retrait qui amène la » séparation des cellules épithéliales avec la paroi conjonctive » est dû simplement à l'action des réactifs. Je l'ai vu se pro- » duire dans des cas où il s'agissait incontestablement de » métrites » (Delbet).

Sur quoi donc nous appuierons-nous pour porter le diagnostic anatomo-pathologique? La multiplication des assises cellulaires dont le type se modifie et l'absence de paroi propre ont une plus grande importance.

De plus, dans tout épithéliome, les cellules néoplasiques

reposent sur un tissu conjonctif surtout fibreux; parfois même elles sont directement situées sur le muscle lisse.

Or, dans les métrites, pareille disposition ne s'observe jamais. Le tissu conjonctif entoure toujours les glandes hypertrophiées par l'inflammation et pénétrant dans le tissu musculaire.

Deux formes cliniques caractérisent l'épithélioma du corps. L'épithélioma du corps de l'utérus revêt parfois la forme d'un polype pédiculé ou sessile. Il est alors situé dans la cavité même de l'utérus et son diagnostic avec un polype sphacélé est parfois bien difficile; même situation, même aspect, même odeur.

Mais cet épithélioma ne se présente pas toujours ainsi, le néoplasme peut naître dans la paroi même de l'organe et la perforer. Des adhérences évitent en général de graves complications du côté du péritoine. On a signalé la communication du foyer cancéreux avec l'intestin. Est-il utile de dire que les ganglions du ligament large sont rapidement atteints? La généralisation de ce cancer est fréquente. Des noyaux métastatiques ont été observés dans les reins, le foie, le poumon.

CHAPITRE III

SYMPTOMES

Nous venons d'étudier assez longuement l'anatomie pathologique du cancer utérin, c'est qu'en effet il est nécessaire de bien connaître la nature d'une affection, son mode de propagation, sa marche en un mot avant de proposer un mode de traitement. Il n'est pas moins utile de connaître dans ses plus petits détails la séméiologie d'une maladie, car c'est souvent par les détails, par ce que l'on a appelé « les petits signes » qu'il nous sera possible de porter un diagnostic au début.

Nous allons donc avec soin tracer la séméiologie du cancer utérin en insistant particulièrement sur les détails.

Nous étudierons d'abord le cancer du col. Nous verrons ensuite les différents signes par lesquels se révèle au clinicien le cancer du corps.

Tout d'abord, nous trouvons une période latente assez longue. Une femme ayant dépassé la ménopause vaque longtemps à ses occupations sans être incommodée. Pas de douleur, pas de pertes sanguinolentes, pas de pertes blanches ou très peu, pas d'odeur. Période trop longue qui sournoisement cause aux malades le plus grand préjudice. Rien ne vient, en effet, traduire au malade ou au médecin le mal terrible dont est atteinte la malade. Le cancer, car il existe à ce moment, progresse silencieusement et arrive bientôt à la période des ulcérations.

Quand les néoplasmes s'ulcèrent, hémorrhagies et sécrétions fétides arrivent en même temps. Une femme entre 45 et 50 ans,

ayant dépassé la ménopause, est étonnée de voir, nous dit-elle, « son sang revenir »; mais une particularité la frappe : elle a un écoulement peu abondant, mais presque continuel. « Je perds tout le temps », dit elle. De plus, son sang est de « mauvaise qualité », mélangé à des pertes blanches fétides et qui laissent sur la chemise une empreinte qui n'échappe pas aux cliniciens.

Tels sont les premiers symptômes dès que commence l'ulcération.

Dans les formes interstitielles, le néoplasme envahit le tissu cellulaire avant de s'ulcérer et ce sont les douleurs qui ouvrent la scène.

Nous avons donc cliniquement deux modes de début : hémorrhagies, pertes fétides dans la forme habituelle, douleur dans la forme interstitielle.

C'est, en général, l'hémorrhagie qui est le signe révélateur. Tantôt, la première hémorrhagie se produit, en dehors des règles bien entendu, à la suite d'un effort, d'une marche forcée, à la suite d'un coït ou même sans aucune cause. Ces hémorrhagies peuvent rester longtemps peu abondantes. Cependant, dans certaines formes, et en particulier dans les formes papillaires, avec d'abondantes végétations, les hémorrhagies deviennent rapidement inquiétantes. Quand la malade se décide à venir vous consulter, vous la trouvez exsangue : teint pâle, muqueuses palpébrale et gingivale décolorées. Quelques mots vous suffisent pour vous indiquer de suite que vous avez affaire à une anémie rapide, subite en quelque sorte, ne pouvant survenir que par hémorrhagies abondantes et répétées.

Au début, la malade ne possède pas du tout la teinte particulière jaune paille des cancéreuses. Elle est pâle, anémiée; mais elle a plutôt pris de l'embonpoint, vous dit-elle, c'est

bien là le cas de répéter ce que nous dit souvent l'un de nos maîtres : « Les hémorragies engraissent ». Avouons qu'avec de pareils symptômes, avant d'avoir pratiqué le toucher, nous sommes réduits à nous demander s'il ne s'agit pas là de petits fibromes intra-utérins pédiculés ou sessiles dont nous connaissons la prédilection pour les hémorragies.

« Il est très remarquable que, malgré leur fréquence et leur intensité, ces hémorragies ne sont presque jamais mortelles ».

Il est fréquent de voir ces hémorragies diminuer d'abondance un peu plus tard. Elles sont alors remplacées par un écoulement continu, rosé et d'odeur fétide, *sui generis*, ne pouvant être confondu qu'avec l'odeur provenant d'un polype sphacélé. Combien de fois nous est-il arrivé de voir nos maîtres faire le diagnostic en découvrant le lit de la malade?

Ces écoulements « ichoreux » sont encore plus rebelles que les hémorragies. On a pu les confondre, au début, avec les écoulements leucorrhéïques. Le liquide devient peu à peu plus liquide, plus clair, et n'a pas l'aspect gluant des sécrétions des métrites du col. Il est, dit la malade, comme de l'eau. Il devient ensuite un peu rosé, roussâtre et les malades le comparent à de la « lavure de chair, à de la râclure de boyaux ».

On peut y trouver parfois des morceaux sphacélés de la tumeur, ayant une odeur fade, repoussante, *sui generis*. Le cancer se putréfie alors, il se sphacèle.

La douleur est plus tardive; précoce parfois, elle n'est pas alors très violente et semble plutôt due à des inflammations du voisinage. Il y a loin de là aux grandes douleurs, aux douleurs cancéreuses, térébrantes, dues à l'infiltration du néoplasme et à l'envahissement des nerfs eux-mêmes.

L'envahissement du cancer se fait en effet en grande partie par les lymphatiques; or nous savons la richesse des enveloppes nerveuses et lymphatiques; quoi d'étonnant dès lors

de rencontrer ces douleurs terribles que la morphine seule, jusqu'ici, et que le bleu de méthylène, comme nous le montrerons, peuvent calmer ? Rapidement les nerfs éloignés du petit bassin sont atteints par cette voie.

Les malades se plaignent de douleurs dans le bassin, dans les reins, dans le haut des cuisses avec irradiation dans les jambes ; douleurs qui durent jour et nuit et présentent des exacerbations souvent périodiques. Une de nos malades voyait constamment redoubler ses douleurs tous les jours vers les trois heures de l'après-midi.

Avec Schrœder il ne faut pas confondre ces douleurs avec celles produites par de petites poussées de péritonite, reconnaissables, du reste, à la tension des parois abdominales qui les accompagne.

A ce moment, sans doute, la malade nous fait appeler ; mais alors que nous révèle le toucher vaginal ? Un chou-fleur immense à la place du col, les parois vaginales infiltrées, un utérus immobilisé par des ligaments larges et le tissu cellulaire péri-utérin infiltré par le néoplasme. Un temps précieux a été perdu, et cela, non pas tant par la faute de la malade que par le début insidieux de l'affection.

On n'a pas alors à songer à l'hystérectomie partielle ; et quel que soit le succès opératoire de l'hystérectomie totale, elle est toujours ou presque toujours suivie de récidive à plus ou moins longue échéance, à tel point que dans nos hôpitaux les chirurgiens se gardent bien d'intervenir dans ces cas là, et font placer ces malades dans les services de médecine pour y être traitées « médicalement ». Nous savons du reste combien sont *anodins* les moyens qui restent alors à notre disposition, et c'est dans ces cas là que l'on doit, à notre avis, employer la méthode de Mosetig, professeur à Vienne.

Nous avons le regret de ne pouvoir présenter de guérisons ;

mais nous avons eu des améliorations telles et si rapides que nous considérons cette méthode comme devant être employée systématiquement dans tout cancer de l'utérus, non opérable, bien entendu. Nous aurons l'occasion d'exposer plus tard cette méthode avec la technique qu'elle comporte.

Nous avons dit que les douleurs, ce que nous appellerons les douleurs cancéreuses, étaient intolérables. « Toutes ces douleurs gênent l'excrétion de l'urine et des matières fécales ». Les infiltrations néoplasiques gênent de plus et mécaniquement les fonctions de la vessie et du rectum. Ces organes sont alors placés au milieu d'une gaîne rigide qui empêche leurs mouvements.

Les prolongements cancéreux gagnent ensuite ces organes. Le bas-fond de la vessie est envahi; la fistule vésico-vaginale apparaît, l'urine s'écoule par le vagin et, en passant sur ces tissus déjà malades, contribue à les irriter davantage. La vulve, les cuisses sont le siège d'une inflammation et d'un prurit insupportable qui vient s'ajouter aux douleurs déjà terribles ressenties par la malade. La vessie ouverte participera bientôt elle-même à l'inflammation. Il est inutile d'insister, en effet, sur la facilité avec laquelle ce cloaque cancéreux se laisse ensemencer par les différents germes pathogènes. Le staphylocoque trouve là un milieu de culture favorable.

On a même rencontré de véritables septicémies comme dans les deux cas d'Eppinger (*Pager med. Woch.*, 1876, p. 210). Ce sont des cas dont la marche ressemble singulièrement à l'évolution du streptocoque et aux septicémies les plus virulentes, mais hâtons-nous de dire que c'est là une exception.

Il est besoin de rappeler les rapports intimes des uretères avec l'utérus (portion cervicale du moins) pour se rendre compte de l'imminence du danger. De la vessie, l'inflammation peut se propager aux reins par les uretères; mais il peut y

avoir aussi compression, gêne mécanique. Le malade a du délire, des troubles digestifs, des vomissements, de la diarrhée, de la somnolence, la respiration de Cheyne-Stokes. Parfois même, en un mot, les signes d'insuffisance rénale apparaissent, plus tardifs, bien entendu, si l'un des uretères est seul comprimé.

Les veines du bassin, iliaque et iliaque primitive, sont comprimées par les tissus voisins déjà envahis et par un ganglion, comme nous avons eu l'occasion d'en voir un cas dernièrement dans une autopsie pratiquée dans le service du professeur Pitres. Il y a aussi compression des veines du petit bassin ; la phlegmatia alba dolens s'établit.

Le rectum est comprimé, la constipation est de règle. Quelquefois le rectum est lui aussi envahi et perforé : « et le vagin » n'est plus qu'un cloaque infect où se mêlent à l'urine et aux » matières fécales les débris sphacélés de la tumeur ».

La malade décline alors rapidement, l'amaigrissement devient extrême, la cachexie cancéreuse apparaît, la peau présente une teinte jaune paille, teinte cancéreuse.

La mort arrive par affaiblissement progressif et par marasme. Souvent encore l'urémie chronique précipite le dénouement ; parfois encore l'urémie, sous sa forme aiguë, intervient « avec son coma profond ou ses convulsions généralisées ».

D'autres fois, c'est la péritonite qui enlève la malade.

Gusserow fait remarquer, avec raison, que la septicémie et la pyohémie, à la suite de ces cancers, sont encore assez rares. Il est en effet pour le moins curieux que cette plaie sphacélée en contact avec l'urine et toutes ces sécrétions diverses ne déterminent pas plus souvent une infection générale. On a prétendu que cela était probablement dû à ce que le néoplasme qui se sphacèle et s'ulcère absorbe moins bien que les tissus sains.

La pleurésie, l'embolie de l'artère pulmonaire, la pneumonie, la pylé-phlébite, la pyélo-néphrite, ont été notées comme comme causes de mort.

Quelle est la durée de cette terrible affection? Étant donné un cancer utérin, quel pronostic doit-on porter?

Cela dépend de la période de l'évolution du cancer. Dans une première période latente, sourde, en quelque sorte, la durée ne peut être rigoureusement déterminée. Dans la seconde période, période des hémorragies et des écoulements, la chose devient plus aisée. Enfin la troisième période, celle des douleurs et de la cachexie, se termine relativement avec rapidité par la mort.

Comme durée moyenne, on ne peut raisonnablement apprécier que le temps qui s'écoule entre la mort et la première indication, premier symptôme net, l'hémorragie.

La durée moyenne est d'un an à deux ans. Lever 20 mois, West 17, Gusserow 12, Lebert 16.

Enfin, on a vu des cancers durer quatre ans et d'autres se terminer en quelques mois.

Jusqu'ici nous avons surtout insisté sur la symptomatologie du cancer du col.

Au début, les symptômes du cancer du corps de l'utérus simulent ceux des fibro-myomes. Dans l'un et l'autre cas, des menstruations abondantes, mais l'élément douleur nous sert ici de guide. Dans le cas de fibro-myome, douleur par compression; dans le cas d'épithélioma, douleurs très vives spéciales, alors même que la tumeur ne peut pas, par son petit volume, exercer de compression.

Dans le cancer du col nous avons donc des douleurs tardives, précoces au contraire dans le cancer du corps.

Les hémorrhagies, les écoulements ichoreux surviennent comme dans le cancer du col; mais ici nous avons rarement

ces troubles du côté des viscères voisins, vessie et rectum. Les perforations et les troubles du péritoine sont rares, du moins dans les premières périodes.

L'amaigrissement cancéreux, la cachexie, la teinte jaune paille, le marasme surviennent plus tardivement et, en somme, l'évolution du cancer du corps est plus lente que celle du col.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Si tous les signes que nous venons d'énumérer se trouvent au grand complet, le diagnostic est facile, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Un seul de ces signes peut nous mettre sur la voie et le toucher vient, en général, lever tous les doutes. N'est-ce pas, en effet, à une période déjà avancée que la malade vient se présenter à nous ?

S'agit-il de la forme papillaire, la plus fréquente? Le doigt rencontre une masse fongueuse, molle, saignante, reposant sur un fond dur. Le col, l'orifice du col sont impossibles à trouver, c'est le chou-fleur classique.

Dans la forme infiltrée, interstitielle, le doigt rencontre une ulcération molle, beaucoup plus molle que celle des métrites érosives. L'ongle pénètre dans cette ulcération et ramène des fragments. Toute tumeur du col se laissant entamer par l'ongle est un épithéliome, a-t-on dit.

Cette ulcération est mal limitée, irrégulière.

Le cancer de la cavité cervicale donne au doigt la même sensation dès qu'il est ulcéré. Dans la forme interstitielle, les lèvres du col sont en ectropion. Du côté de la cavité, on a la sensation d'une tumeur molle; du côté externe, la lèvre du col correspondant au néoplasme présente au contraire une sensation ligneuse. Quand l'épithélioma débute vers l'orifice interne, il peut rester plus longtemps caché; il peut creuser une vaste

cavité qui restera ignorée sans une dilatation préalable. Parfois la cavité du col fortement évidée fait sans transition communiquer la cavité vaginale et celle de l'utérus.

On le voit, le diagnostic devient facile, surtout après l'ulcération.

Les érosions simples du col n'ont pas de bords indurés; elles sont granuleuses, mais fermes. Le doigt ne peut pas les entamer.

Dans le cas d'hypertrophie folliculaire du col, le diagnostic devient difficile. Les meilleurs cliniciens s'y sont trompés. Masse grenue, irrégulière, tels sont les renseignements fournis par le toucher. Mais cette masse est ferme, elle ne peut pas être effritée par l'ongle; on sent par places de petits nodules durs, ce sont de petits kystes.

La malade présente bien des écoulements, mais ils n'ont pas l'odeur fade et repoussante de l'écoulement ichoreux de l'épithélioma.

Enfin on devra utiliser le spéculum qui laissera apercevoir un gros col rouge, tuméfié et par place de petits îlots plus colorés correspondant aux ulcérations.

Le moindre attouchement ne suffit pas pour faire saigner le col. Si l'on a affaire à un épithélioma, au lieu d'apercevoir un col volumineux et rouge, tuméfié, nous verrons un chou-fleur pâle et livide. Enfin, dans le cas d'hypertrophie glandulaire on peut encore reconnaître, en général, la forme du col, ce qui est impossible dans le cas de cancer.

Il en est ainsi, bien entendu, dans la majorité des cas.

L'ectropion apparaît sous forme d'une lèvre œdématiée, mais cependant souple et ne se laissant pas entamer par l'ongle. On a pu cependant le confondre avec un épithélioma ayant comme point de départ l'orifice externe.

Il s'agit par conséquent d'un cancer du canal cervival. Les

polypes muqueux prêtent à confusion, dans le cas d'épithélioma cervical à forme pédiculée. Au spéculum, le polype muqueux est plus rosé, sa muqueuse est saine, non ulcérée, l'épithéliome est plus pâle, ulcéré, saignant. Si on touche la tumeur, l'épithéliome est plus dur dans son ensemble, le polype plus souple.

On trouve, parfois, sur le col de l'utérus de petites tumeurs ayant l'aspect et la forme de papillomes. Ces caractères éviteront de les confondre.

En somme, c'est plutôt avec certaines formes d'hypertrophies folliculaires que l'erreur a été commise.

Les deux causes principales d'erreur sont surtout les fibro-myomes, quand ils sont sphacelés, ainsi que les rétrécissements du vagin.

Dans le cas de fibro-myome sphacelé, les hémorrhagies, l'écoulement fétide peuvent en imposer. En pareil cas le toucher seul peut lever les doutes. Le doigt arrive au niveau du col, trouve l'orifice entr'ouvert et au milieu le polype venant faire saillie dans la cavité vaginale. Le doigt peut faire le tour de la tumeur, les lèvres du col paraissent minces et souples.

Mais la difficulté commence quand le fibro-myome prend naissance sur une des lèvres du col. Ici les choses sont plus compliquées, le doigt ne perçoit plus les sensations nettes énoncées plus haut; la nature seule de la tumeur peut nous fixer. Le fibro-myome, quoique sphacelé, est plus dur dans son ensemble; le doigt a plus de peine à l'effriter et si l'on ramène un morceau sphacelé, immédiatement au-dessous, on retrouve la consistance du fibro-myome.

En pareil cas, l'anatomie pathologique peut, du reste, nous fournir un moyen sur lequel nous avons insisté plus haut. Dans le doute, l'hésitation n'est pas permise; on doit enlever un fragment de la tumeur et l'examiner au microscope.

Dans le cas de rétrécissement du vagin, on est souvent en face d'une grande difficulté. L'inflammation détermine parfois, surtout chez les vieilles femmes, le rétrécissement du vagin; en arrière de ce rétrécissement, les liquides peuvent séjourner, prendre une odeur fétide; de plus, le rétrécissement est souvent provoqué par le cancer lui-même et le toucher du col est impossible. On pratiquera le toucher rectal qui, la plupart du temps, restera insuffisant. Alors on ne doit pas hésiter à faire la dilatation du rétrécissement, qui seule permettra un examen sérieux.

Mais le diagnostic posé à ce moment est un diagnostic trop tardif.

Parfois, à la période latente, les femmes viennent vous consulter non pas pour l'affection néoplasique mais pour une métrite. Le clinicien doit en profiter pour examiner ce col. Il trouvera parfois dans une de ces lèvres une petite tumeur dure, violacée. Dans la forme interstitielle, ce diagnostic sera un peu plus difficile. On pourra confondre avec un fibro myome développé dans l'épaisseur d'une des lèvres. Plusieurs erre urs de ce genre ont été commises par les meilleurs chirurgiens.

Enfin on devra encore poser le diagnostic de l'étendue de la lésion, car c'est lui qui guide le pronostic et commande le traitement. Le tissu cellulaire péri-utérin, les ganglions pelviens, la vessie, le rectum, le vagin sont-ils atteints, trouvons-nous des noyaux dans les culs-de-sac ? On doit voir également si l'utérus est abaissable dans sa totalité. Pour cela on le saisit avec des pinces et par une manœuvre prudente on s'assure de sa mobilité. Si l'utérus est immobile, et quelles que soient les indications fournies par le toucher, nous avons là une infiltration péri-utérine.

La douleur peut être, au point de vue du diagnostic de l'étendue de la lésion, d'un puissant secours.

Le cancer de l'utérus étant en général peu douloureux, l'infiltration du tissu cellulaire péri-utérin est à craindre quand les douleurs ont commencé.

Tout à fait au début, alors que seules les hémorrhagies existent comme symptôme, on portera presque toujours le diagnostic de métrite hémorrhagique ; plus tard on confondra avec un fibro-myome ; mais la douleur, la douleur cancéreuse, différente de la douleur par compression, l'âge de la malade, ayant dépassé la ménopause et tout à coup voyant reparaître « son sang » d'une façon continue pourront mettre sur la voie.

Quand les pertes fétides, l'écoulement ichoreux auront apparu, l'erreur pourra être commise avec le fibro-myome. Il faudra faire la dilatation du col et le toucher intra-utérin lèvera les doutes.

Voilà le mal, où est le remède ?

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il n'y a qu'à feuilleter les ouvrages classiques pour voir combien est grand le nombre des traitements préconisés pour lutter contre le cancer de l'utérus. Or, il est presque une loi en thérapeutique, c'est que nous sommes d'autant plus désarmés vis-à-vis d'une affection que les moyens proposés pour lutter contre elle sont plus nombreux. Il n'en est pas un dans le nombre qui soit radical.

Est-ce assez dire qu'il en est ainsi pour le cancer de l'utérus?

Deux grandes méthodes, et chacune répondant à un moment bien distinct, sont employées pour lutter contre l'épithéliome de l'utérus.

J'ai nommé la méthode chirurgicale et la méthode médicale pure. Nous allons étudier rapidement la méthode chirurgicale en nous attachant en particulier à préciser le moment où elle doit être employée. Ce sera, en effet, ce qui nous indiquera le moment opportun pour appliquer le nouveau traitement du professeur Mosetig, traitement qui nous a donné des résultats, traitement des cancers utérins inopérables, devant lesquels le clinicien est complètement désarmé.

Comme pour tous les autres cancers, le traitement radical, c'est l'extirpation de la tumeur et celle de ses prolongements.

Quand il s'agit d'un cancer du corps de l'utérus, les chirur-

giens sont d'accord. Une seule méthode en effet se présente à eux, c'est l'extirpation totale.

Mais où les opinions diffèrent, c'est dans le mode opératoire. Les uns préfèrent l'hystérectomie vaginale, les autres l'hystérectomie abdominale. Il est des cas cependant où la la tumeur commande elle-même le mode opératoire. Quand l'utérus atteint le volume du poing, que son volume ne peut plus s'accommoder de l'étroitesse relative des voies vaginales, on est forcé d'attaquer la tumeur par un autre chemin. Le morcellement de la tumeur n'est pas, en effet, à recommander; une extirpation totale est impossible; par cette méthode, le péritoine peut être lésé et ensemencé par des éléments septiques. Il reste alors la voie abdominale et la voie sacrée employée, sans grand succès du reste, par MM. Terrier et Hartmann (*Ann. de gyn. et obst.,* 1891, t. XXXVI, p. 84).

Mais opérer, n'est-ce pas peine perdue quand l'utérus atteint un volume trop considérable pour ne pouvoir passer par la voie vaginale? N'avons-nous pas là des opérations graves et peut-être inutiles?

Nous rappellerons les discussions sans nombre, les hésitations que l'on a surtout rencontrées en France à propos de l'hystérectomie.

On comprendra facilement pareille hésitation en songeant à la fréquence de la récidive indépendamment du mode opératoire. Nous possédons cependant dans la science un certain nombre de cas opérés dès le début de la maladie et ayant échappé à la récidive. Nous ne parlons pas, bien entendu, de ces cas où un fibro-myome interstitiel et ayant envahi une des lèvres du col a été extirpé comme une tumeur cancéreuse. Nous croyons bon de noter ici une statistique que nous a rapportée notre éminent maître, M. le professeur Lanelongue, dans une de ses cliniques de 1894.

Le professeur Lanelongue a pratiqué 48 extirpations; une seule malade vit encore sans récidive. Le plus grand nombre des opérées a succombé en huit mois, un petit nombre en deux mois.

Il a pratiqué, il y a huit ans, une hystérectomie dans le cas d'épithélioma de la muqueuse extra-cervicale; il n'y a pas encore de récidive.

Deux jeunes femmes ont été opérées d'un petit épithélioma gros comme un pois, mais situé dans l'épaisseur de la muqueuse du col, de la muqueuse endo-cervicale. Un examen minutieux avait révélé que tout paraissait indemne dans les organes voisins. Malgré tout, cela récidive au bout de trois mois. Les ganglions du bassin deviennent un nouveau foyer cancéreux. Six mois après la malade mourait. Le professeur Lanelongue inclinerait presque volontiers vers la non-intervention dans la plupart des cas.

Cependant nous ne croyons pas que la chirurgie actuelle doive rester les bras croisés, du moins lorsque l'affection est reconnue à son début et surtout depuis que les pansements antiseptiques ont, dans une certaine mesure, rendu l'ouverture du péritoine aussi peu grave qu'elle était autrefois redoutable.

On pratiquait jadis couramment l'ovariotomie et au cours de l'opération on avait eu l'occasion d'enlever l'utérus; de là, l'hystérectomie abdominale.

Sauter et Récamier avaient enlevé l'utérus directement par la voie vaginale et cela dès le commencement du siècle. Cette opération tombe alors dans l'oubli. L'Ecole allemande l'a remise en honneur et ici nous la voyons journellement pratiquée par nos maîtres dans les hôpitaux.

Il faut noter que cette idée de l'hystérectomie vaginale est

plus ancienne que celle de la méthode par la voie abdominale inaugurée par Heath (de Manchester), en 1843. Kocks prétend que cette opération fut pratiquée par Andreas à Cruce, en 1680. Langenbeck père pratiqua deux fois l'hystérectomie, la dernière fois en 1813. Sunter pratique également une hystérectomie en 1823.

En 1828, Blundell opéra avec succès un carcinome de l'utérus. Du moins la malade survécut un an.

Le gros intestin était envahi. Il fut impossible d'enlever une portion malade du vagin et ce fut là le point de départ de la récidive.

Avec Récamier en 1829 l'ère nouvelle commence alors véritablement. Il nous décrit dans son Traité du cancer, avec un soin tout particulier, l'hystérectomie. Il nous montre l'emploi d'instruments nouveaux et appropriés à ce mode opératoire spécial. Il tient compte des accidents possibles. Une opération aussi consciencieusement décrite, appuyée sur des faits anatomiques et cliniques n'aurait pas dû ainsi tomber pendant si longtemps dans l'oubli.

En 1878 Freud remet l'hystérectomie vaginale en honneur, mais ses statistiques sont déplorables.

Czerny, Schrœder pratiquèrent également la kolpohystérectomie.

En 1880 paraît le travail de Mikuliez sur l'extirpation totale de l'utérus. Wallace, en 1883, insiste sur la technique du manuel opératoire. Il publie des observations.

Cazelli, Novaro, Bompiani, Farsini, Cousini, en Italie, s'occupent de la question. Enfin, de nos jours, ce procédé bien français nettement établi depuis Récamier, est remis en honneur et nous devons signaler ici l'excellente thèse soutenue devant cette Faculté par le Dr Jules Doche et inspirée par le

professeur Demons. Telle est l'histoire de l'hystérectomie vaginale aujourd'hui habituellement préférée.

Mais certains chirurgiens reculent encore devant cette opération toujours sérieuse. On a cherché un moyen terme, qui n'est pas à conseiller à notre modeste avis. Nous voulons parler de l'extirpation partielle.

Nous ne pouvons évidemment entrer ici dans les détails de technique opératoire; nous ne pouvons que donner de rapides indications.

Les amputations partielles sont sous ou intra-vaginales.

L'écraseur, l'anse galvano-caustique, le galvano-cautère, le bistouri peuvent servir également dans ces deux méthodes.

L'amputation sus-vaginale se pratique au bistouri; le point important c'est que cette opération se fait au-dessus des culs-de-sac vaginaux, désinsérés et décollés. Parmi les amputations partielles, nous dirons avec M. Delbet que c'est là l'opération de choix.

Nous devons rappeler la discussion qui a eu lieu en 1888 à la suite de l'importante communication de M. Verneuil à la Société de chirurgie.

Bien des statistiques ont été publiées pour ou contre ces opérations; celle de Schrœder publiée par Hofmeier est bien connue. D'après cette statistique, quatre ans après l'opération, il n'y a plus une femme vivante parmi celles qui ont subi l'amputation totale, tandis que nous en trouvons 41,3 pour 100 parmi celles qui ont subi l'amputation partielle. Il y a là quelque chose qui choque le bon sens du clinicien, et nous en trouverons l'explication dans ce fait que Schrœder étant partisan de l'amputation partielle n'emploie l'amputation totale que dans des cas presque désespérés.

On le voit à la façon, peut-être un peu longue, dont nous

nous sommes plu à décrire les méthodes chirurgicales depuis leurs origines, nous sommes loin de proscrire l'intervention radicale.

Mais nous avons vu que les malades ne viennent nous consulter que beaucoup trop tard, quand le vagin, le tissu cellulaire, les organes voisins sont envahis.

Tenter une opération à ce moment, c'est courir sûrement au-devant d'une récidive et d'une accélération de la maladie dans sa marche envahissante. Il nous reste alors le traitement médical sur lequel nous nous proposons d'insister. Un curettage, la dilatation utérine pratiquée à propos ont parfois suffi à mettre fin aux hémorrhagies.

Les caustiques modifient le phénomène odeur. Le fer rouge, le chlorure de zinc, les injections antiseptiques, tout a été employé à peu près avec le même succès jusqu'à ce jour.

Aussi avons-nous saisi l'occasion de chercher quelque chose de mieux au cours du traitement que nous avons eu à diriger chez deux femmes de notre clientèle.

Ayant eu l'occasion de lire le travail du professeur Mosetig de Vienne, sur le traitement des cancers en général par les couleurs d'aniline, travail paru à Vienne en 1892, nous avons employé également cette méthode dans les deux cas dont nous parlons.

Die Tinctionsbehandlung inoperabler maligner Neoplasmen, tel est le titre de ce travail paru dans les *Wiener Klinik. vorträge aus der Gesammten Praktischen Heilkunde,* redigirt von Dr Anton Bum.

Le professeur Von Mosetig-Moorhof explique là avec clarté sa méthode, qu'il a appliquée non seulement dans le cancer de l'utérus, mais dans les cancers en général. Cette méthode appliquée, bien entendu, toujours dans des cas inopérables lui aurait donné des résultats. Notre but n'est pas ici d'exposer

cette méthode dans tous ses détails. Nous n'avons pas eu l'occasion d'appliquer ce traitement dans plusieurs variétés de cancers.

Nous ne possédons que deux cas de cancer de l'utérus traités par cette méthode et enfin une troisième observation due à l'obligeance d'un de nos amis.

Notre mission n'est pas d'étudier le médicament en question au point de vue chimique, et le traitement du cancer en général suivant la méthode de Mosetig. Notre seul but est d'exposer le traitement du cancer de l'utérus et du cancer de l'utérus seul, par la méthode des couleurs d'aniline.

Avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, qu'il nous soit permis de citer dans son entier l'article paru dans la *Semaine médicale* du 12 mai 1894, p. 228 et qui nous a engagé davantage encore à faire figurer les deux observations que nous possédons dans notre thèse inaugurale.

« Traitement des cancers par les couleurs d'aniline.

» M. Von Mosetig-Moorhof a présenté une femme de 52 ans » qui était atteinte d'un cancer villeux de la vésicule bi- » liaire.

» Après avoir enlevé à la cuiller les masses cancéreuses » (dont l'examen microscopique a confirmé le diagnostic), » l'auteur a commencé le traitement par le bleu de méthylène » à l'intérieur et localement. Il a introduit tous les deux jours » un crayon de bleu de méthylène dans la plaie et a administré » chaque jour 0,60 cent. de ce médicament en pilules. Ce trai- » tement, commencé le 6 mars dernier, a été suivi d'une gué- » rison complète ».

Cette idée du traitement des néoplasmes par les couleurs d'aniline n'est pas une idée purement fortuite.

« L'idée première vient de ce fait que les éléments cellulaires pathogènes possèdent en général une puissance plus faible

que les éléments sains, ce qui permet d'espérer de les détruire, par les moyens chimiques par exemple, en ménageant les éléments sains avoisinant les éléments cancéreux ». Après des essais nombreux, Mosetig a eu l'idée d'entraver par la teinture des tissus vivants les manifestations de la vie des éléments pathogènes, d'amener d'un autre côté une métamorphose rétrograde des tumeurs existantes.

Sachant en effet que les noyaux cellulaires se colorent facilement par les couleurs d'aniline, Mosetig a voulu voir si cette coloration des cellules vivantes ne fixerait pas leurs noyaux et par cela même n'empêcherait pas leur multiplication, en un mot n'en arrêterait pas le développement.

Les premiers essais de ce genre remontent à 1883. La méthode qui n'était pas encore assez bien assise, le manque de sujets à sa disposition engagea Mosetig à suspendre ses études.

En 1890, parut la préparation du bleu d'aniline, violet de méthylène de Merck si préconisé et si chaudement recommandé comme antiseptique par Stilling. Il ne devait avoir absolument aucune influence nuisible.

Mosetig reprit ses expériences et avec un succès manifeste.

Pour les injections interstitielles, Mosetig s'est d'abord servi de la seringue de Pravaz. Puis il a adopté un modèle analogue, mais plus grand contenant environ 2 à 4 centimètres cubes. La canule était beaucoup plus longue. Mosetig se servit d'un modèle spécial de canule pour les injections dans la langue. Ces canules, recourbées dans le tiers supérieur, étaient plus commodes à la main. Est-il besoin de dire que dans toutes ces manœuvres l'antisepsie la plus rigoureuse est de règle? Des accidents purulents sont survenus entre les mains d'opérateurs peu habiles ou négligents qui ont voulu essayer la méthode.

Les instruments doivent être conservés à part et ne servir qu'à cela. Quant à la matière colorante dont nous nous sommes servi à l'exemple de Mosetig, c'est le *violet de méthylène* de Merk à l'état de solution aqueuse. Pour conserver cette solution il est des précautions à prendre. Même dans une dissolution à 1/000 le liquide est épais, la matière colorante peut se séparer à l'état de fins flocons. Aussi la solution doit-elle être filtrée avec soin.

Mosetig fait filtrer cette solution sur de l'amiante préalablement rougie au feu et refroidie ensuite.

Malgré cela le violet de méthylène se précipitant facilement, on ne doit employer que des solutions à 1/500 pour pratiquer les injections interstitielles.

On enfonce la canule suivant une direction oblique vers les bords de la tumeur. Puis on fait entrer progressivement le liquide contenu dans la seringue par une lente pression sur le bouton.

Les néoplasmes non ulcérés sont plus faciles à injecter, car l'injection y reste.

Nous devons insister sur la technique du traitement que nous préconisons dans le cas de cancer inopérable de l'utérus, et nous ne saurions mieux faire que de donner une traduction presque littérale du traitement formulé par Mosetig :

« La partie technique du traitement par les couleurs des » parties vaginales utérines dégénérées cancéreuses prend une » tournure un peu plus compliquée. L'orifice de la matrice » doit être mis dans le spéculum et nettoyé aussi bien que pos- » sible. On enlève au mieux avec une cuiller les boutons can- » céreux faibles jusqu'à ce que les tissus résistants se montrent ; » pour les carcinoma corporis, on nettoie également les caver- » nes remplies de matières corrompues. Après ce grattage on » lave avec du sublimé et le commencement de la tinction est

» différé jusqu'au lendemain afin qu'elle ne soit pas détruite
» par l'hémorrhagie des tissus. Pour les injections parenchy-
» mateuses, je me sers de mes propres canules, munies de
» canules dévissables et pareilles aux seringues intra-utérina-
» les de C. Von Braun. Avec celles-ci le liquide est introduit et
» injecté à l'intérieur de la paroi de la partie. Les piqûres
» sont continuées en cercle afin de saturer toute la partie.
» Pour la coloration de l'utérus cavum ainsi qu'en général
» pour celle des cavernes dans les néoplasmes ulcérés, nous
» nous servons de petites baguettes de pyrotannin d'une lon-
» gueur et d'une épaisseur correspondante et qui sont compo-
» sées de poudre additionnée d'amylum et de gomme arabi-
» que. L'introduction est aussi facile que celle des tablettes
» iodoformées. Dans les carcinomes de l'utérus, un tampon
» induit de pommade de pyrotannin est introduit jusque dans
» la matrice et maintenu avec de la ouate hydrophile. Les
» boutons cancéreux des parois vaginales sont traités comme
» des boutons extérieurs, c'est-à-dire teints au moyen d'injec-
» tions. Le traitement du carcinoma recti est plus difficile. Les
» tampons de pommade se conservent encore au mieux après
» un grattage superficiel des parties avancées. Les tumeurs
» intra-péritonéales, celles du foie, de la rate, de l'estomac,
» de l'intestin, etc., ne peuvent être traitées naturellement
» par les teintures directes. J'ai traité souvent par des pilules
» de tannin le carcinome du rein, bien que sans succès notable.
» Nous avons prescrit des pilules de violet de méthylène et de
» bleu de méthylène Merck contenant environ 0,03 à 0,05 de
» chaque substance et nous avons donné une ou deux pilules
» par jour. Le bleu de méthylène était en plus grande quantité
» parce qu'il se montre plus diffusible que le violet. Ces deux
» couleurs ont la propriété de n'être absorbées que par le rein
» alors que la salive, si la pilule était mordue accidentelle-

» ment, et la transpiration ne présentent jamais une colora-
» tion bleue. Cette propriété des éléments en question a fait
» paraître la possibilité d'une action sur les tissus du rein.

» Les pilules n'ont jamais occasionné de troubles; seulement
» les estomacs des personnes délicates s'y habituaient lente-
» ment ».

Telle est, dans toute sa simplicité, la technique du traitement des néoplasmes inopérables par le docteur Mosetig.

Dans les deux cas dont nous rapportons l'observation dans notre thèse, nous avons suivi une méthode analogue.

Nous avons toujours fait précéder nos injections interstitielles par les injections chaudes de sublimé à 1 pour 1000.

Puis nous introduisions le spéculum avec précaution en prenant garde de ne pas faire saigner la tumeur.

Ces précautions antiseptiques prises, nous pratiquions tous les deux ou trois jours une injection d'un cent. cube à 2 cent. cubes d'une solution de violet de méthylène préparée suivant la méthode de Mosetig et comme il a été dit plus haut. Notre solution était à 1 pour 500. Suivant également les conseils de Mosetig, nous pratiquons ces injections en cercle de façon à saturer la tumeur.

Enfin, prenant un tampon d'ouate hydrophile, nous l'imprégnons de la solution et, le spéculum étant toujours en place, nous l'introduisons avec précaution dans le vagin. Lui seul suffit à arrêter les petites hémorrhagies parfois produites par nos piqûres. Dans le cas contraire, une injection légère, mais avec de l'eau sublimée très chaude, suffirait à arrêter le sang.

Il est bien entendu que si nos injections ne sont faites que tous les deux ou trois jours, les tampons, eux, doivent être changés tous les jours. On fait constamment précéder cette petite manœuvre par une injection sublimée chaude.

Fidèle à la méthode de Mosetig, nous ne négligeons pas le traitement interne.

Nous donnons tous les jours une ou deux pilules, suivant la façon dont elles sont supportées, contenant chacune :

Bleu de méthylène . . .	⎫
Violet de méthylène. . .	⎭ ââ 0,03 centigr.

OBSERVATION I

Louise R..., 46 ans, vient à ma consultation à Bedous (Basses-Pyrénées) vers les commencements de janvier 1894.

Cette femme a été réglée à 16 ans. Mariée à 19 ans, elle a eu 5 enfants ; tous ses accouchements ont été normaux ; elle n'a jamais eu d'avortement.

La maladie a débuté il y a 13 mois par une forte hémorrhagie devenue moins abondante mais continuelle. Liquide roussâtre tachant le linge, odeur caractéristique, douleurs commençantes, tels sont les symptômes présentés par la malade.

Le toucher vaginal montre un col déformé, hypertrophié, en choufleur ; substances fongueuses dont le doigt ramène des parcelles. L'utérus est immobile ; dans les culs-de-sac on rencontre des noyaux.

La première injection faite, le premier tampon est mis le 15 janvier.

Le 16 : On pratique un lavage au sublimé et l'on remet un tampon.

Le 17 : Pansement analogue.

Le 18 : Nouvelle injection et tampon imbibé de la solution.

Nous traitons ainsi de suite la malade qui prend à l'intérieur une ou ou deux pilules suivant les circonstances :

Bleu de méthylène. . .	⎫
Violet de méthylène . .	⎭ ââ 3 centigr.

Vers le 30 janvier nous pratiquons le toucher. La tumeur nous semble un peu plus dure, le moindre attouchement ne suffit plus pour provoquer

une hémorrhagie. Les hémorrhagies, les pertes ichoreuses sont manifestement moindres. Le traitement est continué. Vers le 15 février, nouvel examen, la tumeur est moins volumineuse, plus consistante; nous constatons parfois, en enlevant les tampons et surtout en pratiquant l'injection, de petits fragments fortement colorés qui se détachent. Les hémorrhagies ont cessé ainsi que les écoulements. Ce qui nous frappe surtout, c'est l'amoindrissement de ces douleurs qui survenaient surtout vers les trois heures de l'après-midi et pour lesquels nous avons dû parfois employer la morphine dès le début.

Le traitement est continué. Vers le 15 mars, nouvel examen. Le col a diminué de moitié, il ressemble à ce que l'on a décrit sous le nom de col momifié, consécutif aux injections interstitielles d'alcool; pas de pertes. Douleurs presque complètement disparues. L'état général de la malade, qui reprend courage, est amélioré au-delà de toute attente. Nous avons perdu de vue la malade.

OBSERVATION II

Marie C..., 53 ans, vient me consulter vers le 17 avril 1894. Cette dame, dont la mère est morte d'un cancer utérin, a eu 2 enfants. Le dernier accouchement a été très difficile. Depuis un an et demi elle a des douleurs de reins. Un écoulement roussâtre répandant une odeur fétide fatigue la malade. L'état général est assez bon. La malade est très constipée.

Le toucher vaginal révèle un immense chou-fleur caractéristique. Utérus immobile, noyaux dans le cul-de-sac latéral droit.

Première injection et premier tampon le 18 avril. La malade prend 3 centigrammes de bleu de méthylène et 3 centigrammes de violet de méthylène par jour.

Le traitement est continué jusqu'au 19 juin, époque à laquelle la malade part pour Paris où le traitement doit être continué.

Avant son départ nous avons constaté : tumeur diminuée de volume, plus dure, peu friable. Ecoulements disparus, douleurs insignifiantes.

OBSERVATION III

Cette observation nous est communiquée par un de nos amis. Il s'agit d'une femme de 42 ans entrée à l'hôpital Saint-André vers le 1er mai pour des douleurs lombaires insupportables et pour des pertes ichoreuses d'une horrible fétidité.

La malade est examinée par un de nos maîtres des hôpitaux qui juge le cas inopérable. La malade occupe le lit 7 de la salle 5. On la traite simplement par des tampons d'ouate hydrophile trempés dans une solution de bleu de méthylène. Elle prend à l'intérieur 4 centigrammes de bleu de méthylène par jour. La malade reste 2 mois à l'hôpital. Elle est considérablement améliorée; ses douleurs, en particulier, sont calmées. Elle se rend très bien compte de la médication qu'on lui fait suivre, et réclame son tampon si on vient à l'oublier. Il y a chez elle un effet moral considérable sur lequel nous insisterons plus loin. Cette malade part de l'hôpital vers le 1er juillet.

On se rappelle que nous avons proprosé ce traitement seulement dans les cas de cancer de l'utérus inopérable, cas devant lesquels le médecin se contente de hausser les épaules, laissant sa malheureuse malade dans le plus profond désespoir.

Et dans notre idée, bien que nous n'ayons pas observé de cas de guérison complète comme Mosetig-Moorhof, nos observations étant malheureument trop peu nombreuses, nous avons obtenu dans nos résultats quelque chose de plus qu'avec un traitement palliatif.

Nous avons obtenu une diminution, presque une disparition de ces douleurs constantes que la morphine peut seule calmer.

La tumeur s'est éliminée en partie par petits fragments, il y *a eu régression de la tumeur*. Est-ce là le résultat obtenu avec un traitement purement palliatif?

Les symptômes fort pénibles, hémorrhagie et liquides ichoreux ont été supprimés. De plus, l'effet moral produit chez nos deux malades est incontestable, puisque Marie C... (Obs. II), obligée de partir pour Paris, veut y continuer le traitement et que la malade dont l'histoire est rapportée à l'observation III réclame son tampon imprégné de bleu de méthylène qui calme particulièrement ses douleurs insupportables.

Les conclusions que nous aurons à tirer de notre thèse seront modestes. Nous avons simplement voulu tracer un tableau de la marche de l'épithélioma de l'utérus en insistant sur certains points anatomo-pathologiques et cliniques qui ne sont pas encore généralement admis par tous les gynécologues.

Nous avons voulu de plus montrer que le traitement général du professeur Mosetig appliqué en particulier au traitement du cancer de l'utérus ne devrait pas être considéré simplement comme un traitement purement palliatif.

CONCLUSIONS

I. Malgré les recherches contemporaines, la question de l'étiologie du cancer de l'utérus demeure obscure, le rôle pathogène des fameuses « coccidies » n'étant pas prouvé.

II. L'anatomie pathologique et la clinique établissent malgré certains gynécologues une différence des plus tranchées entre l'épithélioma pavimenteux de la portion vaginale et l'épithélioma tubulé endo-cervical ayant une tendance toute particulière à la généralisation.

III. Le point capital dans le traitement du cancer utérin, c'est d'établir d'abord le diagnostic de l'étendue de la lésion et de pratiquer, s'il y a lieu, l'hystérectomie vaginale totale, quelle que soit la petitesse de l'étendue de la lésion.

IV. Le traitement proposé par Mosetig dans les cas de cancers inopérables doit être employé sans hésitation dans le cancer utérin avancé.

V. Les résultats de ce traitement sont réels et méritent à tous égards d'être soumis à l'observation des cliniciens.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr PICOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 15 juillet 1895,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Mosetig-Moorhof. — Die Tinctionsbehandlung inoperabler maligner neoplasmen (Vienne 1892).

Barrault. — Thèse de Paris, 1889.

Doche. — Thèse de Bordeaux, 1884.

Semaine médicale, 12 mai 1894, p. 228.

Récamier. — Traitement du cancer, Paris, 1829.

Mikulicz. — *Wienner medizinische wochenschrift*, n° 47, 1880.

Schwartz. — *Revue de chirurgie*, juin 1882.

Lanelongue. — Cliniques, 1894.

Martin. — Traité clinique des maladies des femmes. Trad. Varnier et Weiss, Paris, 1889.

Hofmeïer. — Ueber Carcin. Statist. *Centralbl. f. gynæk.*, 1884, p. 412.

Monod (G.). — Thèse agrégation, Paris, 1833.

Pozzi. — *Ann. de gynécol.*, août et septembre 1888.

Schrœder. — Malad. des org. génit. de la femme, 1886.

Secheyron. — *Traité d'hystérectomie et d'hystérot. par la voie vaginale*, Paris, 1889.

Pichot. — Thèse de Paris, 1876.

Laidley. — *Saint-Louis cour. of med.*, juillet 1891.

Fenwick. — *British gyn. journal*, London, mai 1891.

Parson. — *British gyn. journal*, London, mai 1891.

Spanton. — *British. gyn. journal*, London, mai 1891.

Williams (John). — (On cancer of the uterus), Londres, 1888.

Richet. — *Gazette des hôpitaux*, 25 août 1885.

Eppinger. — *Pager med. woch.*, 1876, p. 210.

19,271. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.